

PERCEPÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE PORTO ALEGRE: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE¹

ELIANE MATTANA GRIEBLER

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Rio Grande do Sul - UFRGS, eliane.griebler@ufrgs.br;

ANDRÉA KRUGER GONÇALVES

Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Rio Grande do Sul - UFRGS, andreakg@ufrgs.br;

¹ Este artigo é um recorte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS pela autora principal sob orientação da co-autora deste estudo;

RESUMO

Com o aumento crescente de idosos na população há mudanças no contexto social envolvendo estes indivíduos, que podem interferir dentre outras coisas em sua percepção de saúde. O objetivo do estudo foi investigar a percepção de saúde de idosos usuários da atenção básica de saúde em um distrito de Porto Alegre/RS. O estudo foi qualitativo descritivo exploratório e a amostra foi de 10 idosos. Os instrumentos utilizados foram: entrevistas e diários de campo, os quais fazem parte de um estudo maior. Os resultados foram analisados a partir da análise de conteúdo. Foram encontradas inicialmente cinco categorias: Ações: o que acontece – ou não - na ESF; Percepções de saúde; Forever Young: para sempre jovem?; Vínculo e Necessidade de escuta. Para a realização deste estudo, optou-se por discutir a categoria Percepções de saúde, como forma mais aprofundada de análise. Notou -se que ainda há uma confusão quanto à definição dos conceitos de saúde e de doença por esses indivíduos em decorrência da implicação de um conceito antiquado e apoiado no discurso do senso comum. É necessário compreender o contexto em que o idoso está inserido para uma visão mais global acerca do estado de saúde, bem como de sua percepção sobre ele.

Palavras-chave: Envelhecimento; Serviços de saúde para idosos; Sistema único de saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento mundial pode ser considerado um processo progressivo e crescente, em decorrência de diversos avanços científicos, tecnológicos e sociais (PAPALÉO NETTO, 2016). Este processo acarreta diversas modificações morfofuncionais que geram o comportamento sedentário em idosos (ENRIQUEZ-REYNA; BAUTISTA; OROCIO, 2019).

Pesquisas apontam o aumento deste comportamento conforme o avançar da idade, indicando que 47% dos idosos no mundo não praticam o mínimo necessário recomendado para ter benefícios para a saúde (HALLAL et al., 2012). Tal fator é preocupante para a saúde pública, pois a inatividade física está associada ao aumento das principais doenças não transmissíveis ocasionando a redução da expectativa de vida (LEE et al., 2012; KYU et al., 2013). Todavia, mesmo com um grande percentual de comportamento pouco ativo entre a população idosa, a atividade física regular ainda é uma das melhores estratégias para manutenção e melhora da saúde (TOMÁS et al., 2018; PAGAC, 2018).

A saúde, por sua vez, pode ser definida como um completo estado de bem-estar, físico, psicológico e social, levando em consideração fatores emocionais, espirituais, dentre outros, e não apenas a ausência de doença (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019). Com a população idosa, especificamente, é essencial que se considere o contexto em que o idoso esteja inserido. Cada vez mais se faz necessário compreender as demandas dos usuários de maneira abrangente garantindo equidade e autonomia na busca pelo serviço (PAIM, 2015).

No Brasil, a organização do sistema de saúde prevê acesso universal aos usuários e a porta de entrada desse usuário muitas vezes se dá pela atenção básica. Para Medeiros et al. (2017), a organização da atenção à saúde do idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde não deve apenas privilegiar o diagnóstico e o tratamento das doenças. Para além disto, o que de fato importa, é que antes disso os atores envolvidos se preocupem em ofertar um cuidado a essa parcela da população, que contemple, além destas questões, a promoção à saúde e ações preventivas e curativas, articuladas, de modo a garantir a integralidade.

Na saúde, a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos seus processos de trabalho e das suas práticas, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente

determinada (FARIA, 2020; DOS SANTOS, 2017). Em Porto Alegre/RS, o território e a sua população de 1.409.351 habitantes estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS), com suas especificidades e vulnerabilidades locais. Cada Distrito é destinado à uma Universidade para a realização de suas práticas assistenciais.

Dentro do Distrito Assistencial destinado à UFRGS, as unidades de saúde escolhidas para a realização da pesquisa foram as Estratégias de Saúde da Família (ESF). Segundo o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre, a ESF é mais recente em Porto Alegre do que a atenção à saúde através das Unidades Básicas de Saúde. É entendida como uma reorientação do modelo assistencial, que resgata o conceito ampliado de saúde e as outras formas diferentes de intervenção junto ao usuário, bem como sua família e a comunidade de maneira geral. Quantitativamente, Porto Alegre conta com 189 ESF, instaladas em Unidades de Saúde da Família (OBSERVA POA, 2021; COORSAÚDE, 2021).

Com o aumento crescente de idosos na população espera-se que haja mudanças no contexto social envolvendo estes indivíduos, que podem interferir dentre outras coisas em sua percepção de saúde. Partindo destes pressupostos, o objetivo deste estudo foi investigar a percepção de saúde de idosos usuários da atenção básica de saúde em um distrito de Porto Alegre.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este estudo se caracteriza como qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; GAYA, 2008).

Caracterização da amostra

De acordo com o objetivo do estudo, optou-se por abordar *in loco* os idosos que utilizam algum dos serviços de saúde (vacinação,

consultas médicas, inalações, injeções, curativos, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica) nestas ESF.

Crítérios de inclusão e exclusão

Para a inclusão dos participantes no estudo era necessário atender aos seguintes critérios: ter no mínimo 60 anos de idade no início da pesquisa; se declarar usuário de serviços oferecidos na ESF citados anteriormente no período de 12 meses; e saber ler e escrever. Os critérios de exclusão foram: capacidade cognitiva comprometida (a partir da avaliação do Mini- Mental); apresentar problema relacionado à comunicação que impossibilite ou dificulte a realização de entrevista (problema de audição e/ou fala).

Para a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental) o procedimento se deu por meio de aproximação mediada pelo gestor e/ou sua equipe de trabalho. Esse, por sua vez, indicou qual a melhor forma de abordagem dos indivíduos idosos. Para a avaliação do instrumento foi adotado um ponto de corte na pontuação total, que foi limitador na escolha do indivíduo. A abordagem para a aplicação do teste realizou-se após a entrevista com os idosos. Quando o idoso não atingiu o ponto de corte, os resultados do instrumento foram repassados para a unidade e esses idosos foram encaminhados ao serviço de saúde que mais se adaptou às suas necessidades. Nesses casos foi realizada da mesma forma a entrevista, porém não foi colocado como parte da amostra.

Foram entrevistados idosos de 10 ESF - um em cada. Inicialmente, delimitou-se que em cada ESF seria entrevista inicialmente um idoso e adotado o critério de saturação teórica. Se fosse necessário, seriam entrevistadas mais pessoas do mesmo local, o que não ocorreu. Para Fontanella, et al. (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas em diferentes áreas, inclusive no campo da saúde. É empregada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

Cada participante teve um código, que foi utilizado em cada um dos instrumentos, para garantir o seu anonimato. A ordem desses códigos deu-se de maneira aleatória, sem seguir nenhum tipo de sequência.

Apenas a pesquisadora responsável terá acesso ao participante e seu código.

Instrumentos

Os instrumentos escolhidos foram as entrevistas compreensivas com os idosos, e os diários de campo. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), neste tipo de entrevista escolhida para abordar os idosos usuários destas ESF, o pesquisador organiza um conjunto de questões – em formato de roteiro sobre o tema que está sendo estudado. Porém, o se permite, e às vezes até mesmo se incentiva, que o sujeito entrevistado fale livremente sobre diversos outros assuntos que porventura surjam ao decorrer do processo de entrevista como desdobramentos do tema principal.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente pela pesquisadora, no mesmo dia em que cada uma foi realizada.

Análise dos dados

Como instrumento de análise dos dados oriundos das entrevistas e do diário de campo foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), com estabelecimento de categorias a posteriori e semânticas. A análise de conteúdo se caracteriza como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que tem como objetivo obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção e/ou recepção destas mensagens.

Bardin (2011) organiza a análise de conteúdo em três fases: a) a pré-análise composta por leitura flutuante, escolha dos documentos, formação das hipóteses e objetivos, análise documental, referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores; b) a exploração do material e c) o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação. A exploração do material consiste na etapa mais duradoura desse processo, composta pela etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de registro, ou seja, menor recorte de ordem semântica que se liberta do texto, podendo ser uma palavra-chave, objetos ou personagens. Como também em unidades de contexto, que deve fazer compreender as unidades de registro, tal qual a frase para a palavra.

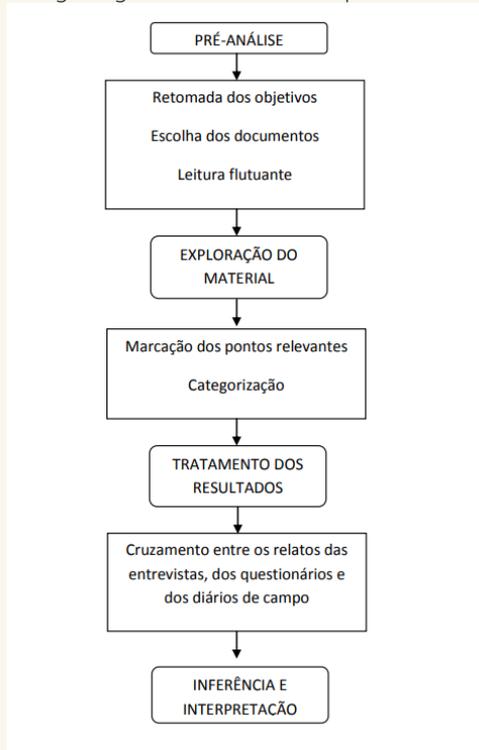
E pela fase de categorização onde requisitos são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

A categorização é o agrupamento em razão de caracteres comuns dos elementos (unidade de registro) sob o título geral. Seus critérios podem ser léxicos, expressivos, sintáticos ou como nesse caso semânticos, que se caracterizam por serem agrupados por temas, por exemplo, todos os temas que significam motivação, ficam agrupados na categoria motivação.

Na fase da pré-análise realizou-se a leitura flutuante das respostas das entrevistas com os idosos, seguida da leitura de questão por questão. Após este passo a marcação dos pontos mais relevantes foi feita, só então começou a categorização. Durante a categorização surgiram cruzamentos entre as entrevistas e os relatos dos gestores contidos nos questionários e ambos analisados em conjunto.

Partindo desses pressupostos, a análise do material seguiu a seguinte lógica:

Figura 1 - Organograma referente ao processo de análise



Fonte: Griebler (2016).

Inicialmente emergiram da análise de conteúdo cinco categorias: *Ações: o que acontece – ou não - na ESF; Percepções de saúde; Forever Young: para sempre jovem?; Vínculo e Necessidade de escuta*. Para a realização deste estudo, optou-se por discutir apenas a categoria *Percepções de saúde*, como forma mais aprofundada de análise.

Considerações éticas

Esse estudo integra uma pesquisa aprovada pelos comitês de ética da Universidade e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA), sob os protocolos de nº 29729 e 1.388.382, respectivamente. Foram garantidos aos participantes os direitos de sigilo, voluntariado e desistência de participação na pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise de conteúdo de todas as categorias emergentes, neste recorte do estudo a discussão realizada se aprofundou sobre questões referentes à categoria: *Percepções de saúde*. Para tanto, levou-se em consideração os achados das entrevistas, assim como dos diários de campo realizados ao longo da pesquisa em conjunto.

Sentiu-se a necessidade de abordar a percepção do próprio idoso sobre sua saúde e, para tanto, a categoria “Percepções de saúde” surgiu como uma forma de explorar aspectos relacionados a esta percepção. Existem várias maneiras de se abordar esse tema, mesmo sendo tão amplo, especialmente no que diz respeito à população idosa. Optou-se pela discussão dessa categoria a partir dos temas *Percepção geral de saúde*, que tem como enfoque questões referentes ao modo como os idosos percebem seu estado de saúde, e também do tema *Saúde x Doença*, abordando quais os significados atribuídos a cada um desses conceitos.

Os aspectos relacionados à saúde ainda são vistos por muitos deles como um tema distante. Portanto, é necessário aproximar esse tema da realidade desses idosos com exemplos práticos do seu cotidiano. No estudo de Moraes et al., (2016), ao pesquisarem a percepção

dos idosos sobre o saber biomédico, os autores afirmam que o conhecimento médico-científico apropriado pela cultura local tem influência nos modos de pensar e de agir dos idosos participantes do estudo. Em sua discussão, os autores trazem aspectos interessantes sobre os significados atribuídos pelos idosos no formato de categorias pertinentes como a valorização da biomedicina, a culpabilização dos indivíduos, a naturalização das doenças na velhice e os recursos e ações utilizados pelos idosos.

Todos estes temas são relevantes e merecem ser discutidos quando o processo de envelhecimento é posto em pauta, ainda mais em um estudo como este que pretende compreender a percepção dos idosos sobre um determinado assunto. Sendo assim, verificou-se que os idosos participantes deste estudo reproduzem a visão biomédica que associa as doenças e limitações à idade (conotação negativa ao envelhecimento), responsabiliza os próprios idosos pela atual condição de saúde (culpabilização da vítima) e ainda recomenda repouso e resignação diante da velhice.

Nessa perspectiva, o primeiro grande tema discutido nessa categoria foi a Percepção geral de saúde. Justamente por ser um tema tão relevante, é preciso que se tenha um olhar amplo sobre as complexidades que o cercam. Para tanto, ouvir os idosos a respeito de como eles próprios percebem sua saúde é o ponto de partida dessa discussão. Nas falas dos idosos, quando perguntados sobre como percebiam a sua saúde, alguns fizeram referência a aspectos mais vinculados à doença, como, por exemplo, na fala deste entrevistado que diz:

*E003 – “Eu tenho alguns problemas **de saúde bem graves. Por exemplo, eu tenho glaucoma, que eu só descobri, assim, quando tava muito, muito avançado. Então eu tenho dificuldade de enxergar. Eu tenho a visão periférica, né, eu perdi quase toda já. 80% perdida já e tenho problema de coluna, por isso que eu to aqui, né. Eu faço tudo que eu posso pra me manter assim sem remédio pra dor essas coisas. Eu tenho problemas graves, mas eu to conseguindo, com auxílios assim, eu consigo gerenciar. E no resto, colesterol, triglicédeos, tudo normal.”***

Percebe-se, neste caso, uma contradição entre as falas do mesmo entrevistado em momentos diferentes, pois, em um primeiro momento,

é relatado que existem diversos problemas de saúde, já em outros momentos ele relata que, de maneira geral, está tudo bem.

E003 – “A minha tá bem!”

E003 – “To acabando de fazer um check-up e tá tudo bem!”

Neste caso, percebe-se como ainda é confuso para o idoso em questão descrever seu estado de saúde e como a sua percepção sobre ele se altera de acordo com o ponto de vista. Por outro lado, outros idosos foram mais generalistas quanto ao seu estado de saúde, não aprofundando a discussão do tema levantado.

E001 – “Tenho alguns problemas (de saúde), mas no geral to bem.”

E010 – “Não eu to bem. Graças a Deus! Não, agora eu to bem. [...] Pra mim tá bom.”

Após esta abordagem sobre a forma como os idosos percebem seu estado de saúde atual de uma maneira mais geral, notou-se que há um tipo de comparação entre os estados atuais e futuros de saúde. Ainda na discussão deste mesmo tema surge uma questão referente à relação entre presente e futuro. Tal percepção foi realizada a partir da reflexão efetuada pelos entrevistados, na qual eles discorreram sobre como estão e como poderiam estar. Partindo dessa ideia de perspectivas para o futuro, os idosos relataram quais são suas expectativas em relação a sua saúde.

E002 – “É, eu quero melhorar! (risos) Não quero ter essas dor 'nas perna', que toma remédio, que faz tratamento e opera e fica sempre a mesma coisa quase!”

E009 – “Olha, ela (saúde) já melhorou bastante do que ela era!” Como podemos notar *nas falas relatadas anteriormente, a visão otimista ainda se faz presente nessa população. Há também outros casos com pontos de vista um pouco diferentes de acordo com a realidade em que se vive.*

E001 – “Saúde, pois bem, pra ser melhorada tem que ter atendimento.”

E002 – “Sim, eu acho que sim, minha saúde poderia ser melhorada.”

O estudo de Borim et al. (2014) analisou a associação entre autoavaliação negativa de saúde e indicadores de saúde, bem-estar e variáveis sociodemográficas em idosos. Os autores indicam que, neste caso, os indivíduos com menor escolaridade ou com renda familiar per capita mensal inferior a um salário mínimo apresentaram resultados de maior prevalência de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim. Apesar destes resultados, os autores afirmam que os efeitos observados sobre a autoavaliação de saúde sugerem que idosos podem ser beneficiados por políticas de saúde que tenham como base uma visão global e integrativa do processo de envelhecimento.

Conforme o que pode ser visto desde a primeira aproximação com os gestores, alguns idosos – e ainda alguns gestores – apresentaram conceitos de saúde bastante controversos, muitas vezes ligados ao conceito de doença, emergindo o tema **Saúde x Doença**. Esta visão distorcida assemelha-se ao percebido pelo senso comum, o que surpreende no caso dos gestores, mas que já era esperado do público idoso. A geração atual de idosos passou por diversas mudanças culturais, dentre elas a evolução do conceito de saúde.

Historicamente, o conceito de saúde sofreu algumas alterações, e nem todas as pessoas acompanharam essa evolução. O conceito de saúde era descrito como “estado de ausência de doença”, sendo que no início do século passado esse conceito foi redefinido pela OMS como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Desta forma, deixa de ser vinculado a uma visão mecanizada e estática de saúde e passa a ser uma visão mais abrangente frente a esse processo saúde-doença (PETTERS; DA ROS, 2018; SCLIAR, 2007).

Os idosos tendem a perceber de maneira diferente os conceitos de saúde e doença, pois estão implicados de algumas percepções inerentes ao senso comum. Mudanças na estrutura dos sistemas de saúde no Brasil, de uma maneira geral, não têm sido assimiladas por esse estrato da população. Esse comportamento pode ser justificado por influências culturais e hábitos estabelecidos ao longo de toda uma vida. Nas falas de alguns idosos entrevistados essa percepção de saúde, ainda muito semelhante à percepção de doença, fica evidente. Tais percepções podem ser compreendidas a partir de uma discussão feita por Ferla e Ceccim (2013) a respeito do conceito criado pela OMS. Os autores argumentam que a concepção de saúde é um processo

em movimento permanente, que se interliga aos aspectos individuais e coletivos inerentes à sociedade e que assume continuamente papel de protagonismo às demandas sociais, em contraposição ao conceito referido.

Para Matos (2000, p. 102), "as percepções e representações sociais dos fenômenos de saúde e doença são frutos de uma seleção decorrente das condições objetivas de vida do indivíduo". Desta forma, a percepção de cada indivíduo depende de suas próprias experiências e dos significados atribuídos a elas. Em alguns casos, mesmo enquanto falavam sobre sua saúde, a primeira relação era com casos de doenças e seus estados clínicos propriamente ditos. É natural que haja certa dificuldade na compreensão do processo saúde-doença envolvendo estes idosos, e esse é mais um motivo que ressalta a importância de se discutir esse tema com idosos. Deve-se pensar a saúde para além da doença, revendo conceitos como o de promoção da saúde como parâmetro para essa discussão.

Nessa perspectiva, cabe resgatar a carta de Ottawa (OMS, 1986), um documento pioneiro nas discussões em saúde, no qual o conceito de promoção da saúde surge desvinculado da doença como foco. Destaca-se também a evolução das mobilizações a respeito disso e, por outro lado, a maneira como a cultura e o sistema de saúde ainda focado na doença, conforme apresentado nos temas anteriores, ainda se fazem presentes. Portanto, ainda é visível na sociedade atual, e especificamente nesse grupo etário de idosos, que a implicação desse conceito é decorrente de um processo cultural já incorporado como sendo normal pelos indivíduos em geral. Esta implicação é um fator que acaba refletindo na maneira como o conceito é percebido tanto pela população idosa, que se acostumou com a definição expandida pelo senso comum, como pela população geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados do presente estudo, observou-se questões relevantes como a percepção dos idosos atendidos nas ESF que foram entrevistados acerca de sua própria saúde e a maneira como esses idosos veem sua saúde atualmente e como acreditam que ela poderia estar. Durante a discussão dos dilemas referentes à sua saúde

no momento atual e as perspectivas quanto ao futuro, notou-se que ainda há uma confusão quanto à definição dos conceitos de saúde e de doença por esses indivíduos em decorrência da implicação de um conceito antiquado e apoiado no discurso do senso comum.

É necessário compreender o contexto em que o idoso está inserido para uma visão mais global acerca do estado de saúde, bem como de sua percepção sobre ele. Sugerem-se mais estudos com a população idosa envolvendo esta temática. Os cenários de saúde mudam de acordo com os atores envolvidos e a realidade desta faixa etária varia de acordo com as demandas existentes e a atenção - ou a falta dela.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a todos os idosos participantes desta pesquisa, por cederem seu tempo e sua disponibilidade colaborando com a geração de conhecimento e sendo parte ativa desse processo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORIM, F. S. A., NERI, A. L., FRANCISCO, P. M. S. B., BARROS, M. B. A. Dimensions of self-rated in older adults. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 714-722, 2014.

COORSAÚDE. **Coordenadoria de Saúde UFRGS**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsaude/cenarios-de-pratica/distrito-gloria-cruzeiro-cristal>>. Acesso em: 18 de maio de 2021.

DOS SANTOS, J. I. A territorialização na Atenção Básica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 21, p. 1345-1354, 2017.

ENRIQUEZ-REYNA, M.; BAUTISTA, D.; OROCIO, R. Nivel de actividad física, masa y fuerza muscular de mujeres mayores de la comunidad. Diferencias por grupo etario. Retos: Nuevas tendencias en Educación Física, **Deporte y Recreación**. v. 35, p. 121-125, 2019.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521-4530, 2020.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B. A formação em saúde coletiva e as diretrizes curriculares nacionais da área da saúde: reflexões e um começo de conversa.

FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F. orgs. **Cadernos da saúde coletiva**: inovações na formação de sanitaristas. Porto Alegre: UFRGS, p. 11-34, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GAYA, A. **Ciências do movimento humano**: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre. Artmed. 2008.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (orgs.) **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GRIEBLER, E. M. **Necessidades de saúde da pessoa idosa**: cenário do território de um distrito de saúde de Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

HALLAL, P. C.; ANDERSEN, L. B.; BULL, F.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**. v. 380, p. 247- 257, 2012.

KYU, H. H. et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the global burden of disease study 2013. **BMJ**. v. 354, i3857, 2013.

LEE, I. M.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S. N.; KATZMARZYK, P. T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**. v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

MATOS, I. B. O itinerário terapêutico: as práticas curativas de agricultoras de Joaçaba (SC). **Revista Grifos**, Chapecó, p. 101-124, 2000.

MORAES, G. V. O.; GIACOMIN, K.; SANTOS, W. J. ; FIRMO, J. O. A. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 309-329, 2016.

OBSERVA POA. Observatório da cidade de Porto Alegre. **População Idosa de Porto Alegre Informação Demográfica e Socioeconômica**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>> Acesso em: 18 maio 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 21 de novembro de 1986; Ottawa, Ontário, Canadá. Genebra: OMS; 1986.

PAGAC. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. U.S.A. **2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services 2018.

PAIM, J. **O que é o SUS?** E-book interativo. Acesso aberto. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In.: FREITAS et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4^oed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

T.; GALÁN-MERCANT, A.; CARNERO, E. .; FERNANDES, B. Functional Capacity and Levels of Physical Activity in Aging: A 3-Year Follow-up. **Frontiers in Medicine**, v. 4, n.244, p. 1-8, 2018.